

SOLICITUDE DE ASISTENCIA MÉDICA
SOLICITUD DE ASISTENCIA MÉDICA

Datos do centro de Traballo (a completar polo responsable ou representante da Empresa) / Datos del centro de Trabajo (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Empresa: _____ NIF: _____

Centro de Traballo / Centro de Trabajo: _____ CCC: _____

Teléfono/Teléfono: _____

Datos do Traballador (a completar polo responsable ou representante da Empresa) / Datos del Trabajador (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Nome e Apellidos / Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____ Posto de Traballo / Puesto de Trabajo: _____

Teléfono/Teléfono: _____ Horario Habitual / Horario Habitual: _____

MARQUE CUN X O QUE CORRESPONDA / MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA: O suceso foi observado directamente polo responsable da empresa ou outro compañeiro. / El suceso ha sido observado directamente por el responsable de la empresa u otro compañero. O traballador refire que sufriu un SUCESO que non puido ser contrastado pola empresa. / El trabajador refiere haber sufrido un SUCESO que no ha podido ser contrastado por la empresa.

Descrición do SUCESO (a completar polo responsable ou representante da Empresa) / Descripción del SUCESO (a cumplimentar por el responsable o representante de la Empresa)

Data SUCESO / Fecha SUCESO: _____ Hora SUCESO: _____

Lugar exacto: _____

Forma en que se produciu o Suceso – **Descrición detallada** / Forma en que se produjo el Suceso – **Descripción detallada:**_____

Indique o nome das testemuñas e DNI, se os houber / Indique el nombre de los testigos y DNI, si los hubiera:

Datos do responsable ou representante da Empresa que completa o volante / Datos del responsable o representante de la Empresa que cumplimenta el volante

Nome e Apellidos / Nombre y Apellidos: _____

DNI: _____

Sinatura e selo / Firma y sello: _____

Data / Fecha: _____

A emisión desta solicitude de asistencia sanitaria non supón o recoñecemento da continxencia profesional por parte desta mutua. / La emisión de esta solicitud de asistencia sanitaria no supone el reconocimiento de la contingencia profesional por parte de esta mutua.

Recoméndase que a empresa garde unha copia deste documento. / Se recomienda que la empresa guarde copia de este documento.